



Office Use

Case # _____ Date _____ Initial _____
 Amt _____ Check # _____ Code _____ Receipt # _____

WATER RECREATION FACILITY APPLICATION

Facility Name: _____ **Address:** _____

Facility/Manager Information:	Mailing Address (if different):
Name:	Name:
Address:	Address:
City, State, Zip:	City, State, Zip:
Phone:	Phone:
Email:	Email:
Contact information (if different from above):	

My facilities, ownership, and management are the same as last year ☐ yes ☐ no. If **no**, please contact our EH Help Desk to verify the correct information (509 249-6508) prior to submitting your application.

1. Days and Hours of Operation: _____
2. Number of pools: Annual _____ Seasonal _____
3. Number of spas: Annual _____ Seasonal _____
4. Number of spray pools/splash pads: Annual _____ Seasonal _____
5. Number of wading pools: Annual _____ Seasonal _____

Service and Fees			
Clearly mark your selection in the right column			
Swim Pool – Annual (year-round)	\$628	H_HCS_CP002	☐
Swim Pool – Seasonal	\$384	H_HCS_CP003	☐
Spa – Annual (year-round)	\$558	H_HCS_CP005	☐
Spa Pool – Seasonal	\$335	H_HCS_CP004	☐
Wading Pool – Annual (year-round)	\$489	H_HCS_CP007	☐
Wading Pool – Seasonal	\$279	H_HCS_CP006	☐
Additional Pool or Spa (each)	\$84	H_HCS_CP008	☐
Hourly Rate for Extended Services	\$130	H_HCS_CP009	☐
Late Fee	\$50	H_HCS_CP010	☐

MANAGER IS RESPONSIBLE FOR COMPLETING APPLICATION, SUBMITTING PAYMENT, AND ENSURING THE PERMIT IS VISIBLY POSTED ON-SITE WHEN RECEIVED

My signature certifies that this information is accurate to the best of my knowledge. I grant permission for the Yakima Health District to make reviews or inspections required by the permit process. I understand that this application will become part of the public record, and that any decision made by the Yakima Health District may be appealed provided that the appeal is made in writing and delivered to the Health District within 30 days of the decision. I also understand that supplying incorrect and/or incomplete information may result in delays in completing your requests, permit revocation, and/or additional costs.

Applicant Signature _____ **Date** _____

Revised 102324



Office Use
Case # _____ Date _____ Initial _____
Amt _____ Check # _____ Code _____ Receipt # _____

SOLICITUD DE INSTALACIÓN RECREATIVA ACUÁTICA

Nombre de la instalación: _____ Dirección: _____

Información de la Instalación/Gerente:

Dirección postal (si es diferente):

Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Teléfono:	Teléfono:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Información de contacto (si es diferente difiere de la anterior):	

Mis instalaciones, propiedad y administración son las mismas que el año pasado, ☐ sí, ☐ no. Si selecciona **no** comuníquese con nuestro servicio de asistencia de EH para verificar la información correcta (509 249-6508) antes de enviar su solicitud.

1. Días y horarios de atención: _____
2. Número de piscinas: Anual _____ Estacional _____
3. Número de spas: Anual _____ Estacional _____
4. Número de piscinas o áreas con rociadores de agua/: Anual _____ Estacional _____
5. Número de piscinas para niños: Anual _____ Estacional _____

Servicio y tarifas			
Marque claramente su selección en la columna de la derecha			
Piscina – Anual (todo el año)	\$628	H_HCS_CP002	☐
Piscina – Estacional	\$384	H_HCS_CP003	☐
Spa – Anual (todo el año)	\$558	H_HCS_CP005	☐
Piscina Spa – Estacional	\$335	H_HCS_CP004	☐
Piscina para niños – Anual (todo el año)	\$489	H_HCS_CP007	☐
Piscina para niños – Estacional	\$279	H_HCS_CP006	☐
Piscina o spa adicional	\$84	H_HCS_CP008	☐
Tarifa por hora para servicios extendidos	\$130	H_HCS_CP009	☐
Cargo por pago atrasado	\$50	H_HCS_CP010	☐

EL GERENTE ES RESPONSABLE DE COMPLETAR LA SOLICITUD, ENVIAR EL PAGO Y ASEGURARSE DE QUE EL PERMISO SE PUBLIQUE VISIBLEMENTE EN EL SITIO CUANDO SE RECIBA

Mi firma certifica que esta información es precisa a mi leal saber y entender. Otorgo permiso para que el Distrito de Salud de Yakima realice revisiones o inspecciones requeridas por el proceso de permisos. Entiendo que esta solicitud se convertirá en parte del registro público, y que cualquier decisión tomada por el Distrito de Salud de Yakima puede ser apelada siempre que la apelación se haga por escrito y se entregue al Distrito de Salud dentro de los 30 días posteriores a la decisión. También entiendo que proporcionar información incorrecta y/o incompleta puede resultar en demoras en completar sus solicitudes, revocación de permisos y/o costos adicionales.

Firma del solicitante _____ fecha _____

Revisado 102324